

© СМЫКОВА А.Н., НИКОЛАЕВ В.Г., ПРОХОРЕНКОВ В.И.,
ЕФРЕМОВА В.П.

УДК 616-017:616.972

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

А.Н. Смыкова, В.Г. Николаев, В.И. Прохоренков, В.П. Ефремова
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, ректор –
д.м.н., профессор И.П. Артюхов; кафедра дерматовенерологии с курсом
косметологии и ПО, зав. – д.м.н., проф. В.И. Прохоренков; кафедра анатомии и
гистологии человека, зав. – д.м.н.,
проф. Н.Н. Медведева.

***Резюме.** В статье представлены результаты собственных исследований, проведенных на базе Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера, показавшие определенные особенности распространенности клинических проявлений первичного и вторичного сифилиса среди женщин I периода зрелого возраста в зависимости от соматотипа.*

***Ключевые слова.** Конституция, сифилитическая инфекция, соматотип.*

Смыкова Анастасия Николаевна – аспирант каф. дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО КрасГМУ; e-mail: smykova.a@mail.ru.

Николаев Валериан Георгиевич – д.м.н., проф. доктор медицинских наук, профессор каф. анатомии и гистологии человека КрасГМУ; e-mail: anatomy-kgma@bk.ru.

Прохоренков Виктор Иванович – д.м.н., проф., зав. каф. дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО; тел.: 8(391)2114101.

Научные сведения о здоровом человеке и его индивидуальных особенностях реагирования при возникновении патологии объединяются в рамках научного направления – биомедицинской и клинической антропологии [6, 9]. При этом основой разноплановых оценок реагирования организма выступает морфологический критерий, который вбирает в себя многие другие признаки, начиная с иммунных реакций, гормонального фона и кончая психосоматическими особенностями человека [10]. В литературе приводится множество определений понятия конституции человека [4, 5]. В современном понимании конституция – это целостность морфологических и функциональных признаков, унаследованных и приобретенных, относительно устойчивых во времени, определяющих особенности реактивности организма и профиль индивидуального развития [5].

Частная конституция определяет тип телосложения (соматотип), который является носителем необходимой информации о генотипических и фенотипических свойствах организма, влияющих на течение патологического процесса [4].

Изучение влияния конституции на течение сифилитической инфекции представляет несомненный интерес. Основное количество работ по данной тематике относится к 20–30-м годам XX века.

Вместе с тем, еще Paracelsus (Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim) [11] писал: «Сифилис принимает у каждого человека характер той болезни, к которой он склонен из-за наследственности или других предрасполагающих моментов». В этом же ключе высказывался А. Nonne [11]: «Я стою на той точке зрения, что конституция играет решающую роль в течении сифилиса».

В России работы по изучению влияния конституции на течение сифилиса проводились до 30-х годов XX века и возобновились вновь только в 60-х годах [7].

Целью настоящей работы является изучение влияния конституции человека на течение сифилиса.

Материалы и методы

Работа основана на результатах клинического, серологического и антропологического обследования 400 женщин, страдающих первичным ($n=92$), вторичным сифилисом кожи и слизистых ($n=126$), скрытыми формами сифилиса ($n=85$) и серорезистентностью ($n=97$), находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в Красноярском краевом кожно-венерологическом диспансере. Также было проведено обследование вышеперечисленными методами составивших контрольную группу здоровых женщин ($n=67$). Все женщины являлись представителями европеоидной расы и проживали в равнозначных климатогеографических условиях (г. Красноярск и Центральная группа районов Красноярского края).

Возраст обследуемых составлял 22–34 лет, что по действующей схеме возрастной периодизации онтогенеза человека (1965) соответствует I периоду зрелого возраста.

Диагноз сифилиса устанавливался на основании данных анамнеза, клинико-серологического обследования, в соответствии с инструкцией МЗ РФ от 28.12.1998 г. № 98/273, приказом МЗ РФ от 26.03.2001 г. № 87 и с Международной классификацией болезней X пересмотра (раздел A51 Ранний сифилис). Среди серологических методов обследования использовались: реакция микропреципитации (РМП), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).

Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование по классической методике В.В. Бунака [6]. Программа измерений включала 29 параметров, необходимых для расчета компонентного состава тела, вычисления антропометрических индексов и определения соматотипа: габаритные размеры (масса и длина тела), толщина жировых складок на туловище и конечностях, обхватные размеры сегментов конечностей, диаметры дистальных эпифизов длинных трубчатых костей, размеры грудной клетки (обхват и диаметры в

саггитальной и фронтальной плоскостях), размеры таза и тазового пояса (межгребневый диаметр и обхват ягодиц), диаметр плеч. Антропометрия проводилась в утренние часы, в помещении с температурой воздуха не ниже 18° С с помощью стандартных антропометрических инструментов.

Соматотип устанавливался по схеме Z. Rees, H. Eisenck [6]. Женщины, имеющие величину индекса до 96 соответствовали пикническому соматотипу, значения индекса от 96 до 106 соответствовали нормостеническому соматотипу, значения индекса свыше 106 – астеническому соматотипу.

Статистическая обработка проводилась с использованием системы программного обеспечения анализа базы данных Statistica v. 6.0. Полученные количественные числовые данные имели характер распределения признака, отличающегося от нормального и были представлены в виде $Me (Q_{25} - Q_{75})$, где Me – медиана, Q_{25} – 25%-я квантиль (нижняя квартиль), Q_{75} – 75%-я квантиль (верхняя квартиль), p – достигнутый уровень значимости, n – объем выборки. Статистическую значимость при сравнении двух независимых количественных переменных при распределении признака, отличающегося от нормального, определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05, при этом определялся доверительный интервал (ДИ). Сравнение групп по качественному признаку проводилось по критерию χ^2 (хи квадрат), $p < 0,05$ свидетельствует о существовании различий между относительными частотами (распространенностью) значений признака.

Результаты и обсуждение

По итогам проведенного исследования были получены результаты сравнительного соматотипирования больных различными формами сифилиса ($n=400$) с контрольной группой ($n=67$). При сравнении распределения по соматотипам среди больных сифилисом и контрольной группы различия не достоверны (табл. 1).

Также нами было оценено распределение по соматотипам в группах здоровых женщин и больных различными формами сифилиса (табл. 2). Так, среди здоровых и больных первичным и вторичным сифилисом распределение по соматотипам не отличается. В то же время, пикников среди больных скрытым сифилисом и с серорезистентностью ($4,71\% \pm 2,29\%$ и $2,06\% \pm 1,44\%$) было достоверно меньше, чем в группах больных первичным и вторичным сифилисом ($16,3\% \pm 3,85\%$ и $15,08\% \pm 3,18\%$ соответственно), а нормостеников в группах больных скрытым сифилисом ($44,71 \pm 5,39\%$) и серорезистентностью ($44,33 \pm 5,04\%$) наблюдалось достоверно больше, чем в группах больных первичным ($23,91 \pm 4,44\%$) и вторичным ($29,37 \pm 4,05\%$) сифилисом.

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ распространенности кожных проявлений у больных первичным и вторичным сифилисом (таблица 3). Так, из клинических признаков первичного сифилиса эрозия ($31,52 \pm 4,84\%$) встречалась достоверно реже, чем язва ($68,48 \pm 4,84\%$). При этом эрозивный твердый шанкр был достоверно чаще у пикников ($16,3 \pm 3,85\%$), чем у нормостеников ($3,26 \pm 1,85\%$), а язвенный твердый шанкр достоверно чаще у астеников ($47,83 \pm 5,21\%$), чем у нормостеников ($20,65 \pm 4,22\%$). У пикников язвенный твердый шанкр не встречался. По клиническим проявлениям вторичного сифилиса также определена зависимость распространенности признаков заболевания от соматотипа больного. Так, алоpecia у пикников не встречалась. У нормостеников ($5,56 \pm 2,04\%$) и астеников ($9,52 \pm 2,61\%$) достоверных отличий нет. Полиаденит достоверно чаще встречался у астеников ($34,13 \pm 4,22\%$), чем у пикников ($3,97 \pm 1,73\%$) и нормостеников ($17,46 \pm 3,38\%$). Широкие кондиломы были только у представителей пикнического телосложения ($15,08 \pm 3,18\%$). Лейкодерма достоверно реже наблюдалась у пикников ($2,38 \pm 1,35\%$), чем у астеников ($14,29 \pm 3,11\%$). По розеолезным высыпаниям достоверных отличий у астеников ($36,51 \pm 4,28\%$) и нормостеников ($22,22 \pm 3,70\%$) нет, у пикников ($2,38 \pm 1,35\%$) данный клинический признак встречался достоверно реже. Специфическая ангина достоверно чаще встречалась у больных астенического телосложения

(29,37±4,05%) в отличие от пикников (7,94±2,40%). Папулы волосистой части головы у больных пикнического телосложения не наблюдались, а у астеников (14,29±3,11%) и нормостеников (7,94±2,40%) различия по данному признаку не достоверны. При сравнении таких клинических проявлений, как папулы туловища, слизистых оболочек, ладано-подошвенные сифилиды у больных различных соматотипов достоверных различий не выявлено.

Особенности течения инфекции у лиц с разными соматотипами могут быть обусловлены различным состоянием иммунитета в каждой из групп [2,3]. Минимальная реакция полиморфноядерных нейтрофилов на специфический антиген при скрытом сифилисе предрасполагает к персистенции трепонемы, что приводит к серорезистентности, а в дальнейшем к поражению нервной системы и внутренних органов. Таким образом, организм больных скрытым сифилисом как бы слабее реагирует на присутствие бледной трепонемы, то есть сама система макроорганизм – бледная трепонема находится в состоянии, более близком к носительству [2, 3].

Существует зависимость структурно-метаболических и функциональных параметров иммунокомпетентных клеток от соматотипа. Это связано с перераспределением нейтральных липидов, фосфолипидов и производных холестерина в мембранах иммунокомпетентных клеток, изменением при этом вязкости мембран, а также концентрации иммуноглобулинов классов А, G и E [1, 3].

Возможно, что соматотипы человека связаны с распределением HLA-антигенов. Известно, что выявлена роль иммуногенетических факторов на заражение бледной трепонемой [3, 8].

Таким образом, результаты проведенного исследования установили, что распространенность соматотипов среди больных сифилисом и в группе контроля статистически не достоверны ($p \geq 0,05$). Распространенность различных клинических проявлений первичного и вторичного сифилиса зависит от соматотипа, при этом важным является более частая регистрация

представителей нормостенического соматотипа в группе больных скрытым сифилисом и с серорезистентностью.

Изучение соматотипов у больных сифилисом позволяет выявить зависимость вариантов клинических проявлений от индивидуально-типологических особенностей организма человека.

THE PREVALENCE OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF PRIMARY AND SECONDARY SYPHILIS IN WOMEN OF DIFFERENT SOMATOTYPES

A.N. Smykova, V.G. Nikolaev, V.I. Prohorenkov, V.P. Efremova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Abstract . The paper presents the results of our studies on the basis of the Krasnoyarsk regional STI clinics, show some features of the prevalence of clinical manifestations of primary and secondary syphilis among women I period of mature age, depending on the somatotype.

Key words: The Constitution, the syphilitic infection, somatotype.

Литература

1. Казакова Т.В. Конституциональные особенности физического статуса, вегетативной регуляции и метаболизма клеток иммунной системы в юношеском возрасте: автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Красноярск, 2009. – 43 с.
2. Карачева Ю.В. Эпидемиологические, клинические, иммунологические и морфологические характеристики вторичного сифилиса с пустулезными проявлениями: автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Новосибирск, 2002.– 21 с.
3. Ким Э.Г. Особенности иммуногенетики при сифилисе (клинико-экспериментальные исследования): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 30 с.
4. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине

// Бюл. сибирской медицины. – 2008. – №1. – С. 7–31.

5. Корнетов Н.А., Николаев В.Г. Биомедицинская и клиническая антропология для современных медицинских наук // Актуальные вопр. биомедицинской и клинической антропологии: тез. докл. науч. конф. – Красноярск, 1997. – С. 1-7.

6. Николаев В.Г., Кобежилов А.И., Кобилева Н.Г. Использование антропологического подхода в клинической медицине // Актуальные проблемы морфологии: сб. науч. тр. – Красноярск, 2008. – Вып. №7. – С. 93-95.

7. Русских В.Н., В.М. Банщиков, В.В. Русских. Сифилис мозга и сифилитические психозы. – Москва-Улан-Батор, 1967. – 216 с.

8. Цераиди Н.Ф., Мажников А.Т., Пospelов Л.Е. Антигены HLA у больных с ранним, поздним и серорезистентным сифилисом // Вестн. дерматол. и венерол. – 1992. – №8. – С. 14-18.

9. Carver N., Jonson A.W. Normal anthropometric values for a large group of London surgical patient // Proc. Nutr. Soc. – 1986. – Vol.45, №2. – P. 343.

10. Komenda S. Body mass to stature and chest circumference indices // Acta Univ. Palacki. Olomuc. Fac. Med. – 1986. – Vol.114. – P. 43-59.

11. Konigstein H., Wertheim L. Constitution und Syphilis: Handbuch der Haut. – Berlin, 1929. – P. 197-220.

Таблица 1

Распределение по соматотипам в группах больных сифилисом и здоровых женщин (абс. числа, % и ДИ)

Группы	Соматотип	Число обследуемых	% и ДИ
Больные	астеник	220	55±2,48% [49,88%; 60,12%]
	нормостеник	140	35±2,38% [30,08%; 39,92%]
	пикник	40	10±1,5% [6,82%; 13,19%]

Здоровые	астеник	39	58,21±6,02% [44,94%; 71,48%]
	нормостеник	18	26,87±5,41 [14,79%; 38,94%]
	пикник	10	14,93±4,35% [4,93%; 24,92%]

Таблица 2

Распределение по соматотипам в группах здоровых женщин и больных различными формами сифилиса (абс. ч., % и ДИ)

Диагноз	Соматотип	Число больных	% и ДИ
Первичный сифилис	астеник	55	59,78±5,11% [48,7%; 70,87%]
	нормостеник	22	23,91±4,44% [14,13%; 33,69%]
	пикник	15	16,3±3,85% [7,69%;24,92%]
Вторичный сифилис	астеник	70	55,56±4,42% [46,1%; 65,01%]
	нормостеник	37	29,37±4,05% [20,63%; 38,1%]
	пикник	19	15,08±3,18%[8,05%; 22,11%]
Серорезистентность	астеник	52	53,61±5,06%[42,67%; 64,54%]
	нормостеник	43	44,33±5,04% [33,43%; 55,23%]
	пикник	2	2,06±1,44%[-1,78%; 5,9%]
Скрытый сифилис	астеник	43	50,59±5,42% [38,81%; 62,37%]
	нормостеник	38	44,71±5,39% [32,98%; 56,43%]
	пикник	4	4,71±2,29% [-0,95%; 10,36%]
Здоровые	астеник	39	58,21±6,02% [44,94%; 71,48%]
	нормостеник	18	26,87±5,41% [14,79%; 38,94%]
	пикник	10	14,93%±4,35% [4,93%; 24,92%]

Таблица 3

Распространенность кожных проявлений у больных первичным и вторичным сифилисом в зависимости от соматотипа (абс., %, ДИ)

Клинический признак	Общее кол-во случаев (абс. число, %, ДИ)	Соматотипы		
		астеники	нормостеники	пикники
		абс. число % ДИ	абс. число % ДИ	абс. число % ДИ
Эрозия	29 31,52±4,84% [20,96%;42,08%]	11 11,96±3,38% [4,26%;19,65%]	3 3,26±1,85% [0%; 7,96%]	15 16,3±3,85% [7,69%;24,92%]
Язва	63 68,48±4,84% [57,92%; 79,04%]	44 47,83±5,20% [36,55%; 59,1%]	19 20,65±4,22% [11,31%; 29,99%]	0 0±0,0001% [0%; 0,78%]
Розеола	77 61,11±4,34% [51,82%; 70,4%]	46 36,51±4,28% [27,32%; 45,69%]	28 22,22±3,70% [14,19%; 30,26%]	3 2,38±1,35% [0%; 5,82%]
Папулы туловища	59 46,83±4,44% [37,33%; 56,32]	23 18,25±3,44% [10,73%; 25,78%]	17 13,49±3,04% [6,75%; 20,24%]	19 15,08±3,18% [8,05%; 22,11%]
Папулы в/ч головы	28 22,22±3,70% [14,19%; 30,26%]	18 14,29±3,11% [7,4%; 21,17%]	10 7,94±2,40% [2,44%; 13,43%]	0 0±0,0002% [0%; 0,78%]
Папулы ладоней и подошв	58 46,03±4,44% [36,55%; 55,51%]	25 19,84±3,55% [12,1%; 27,58%]	15 11,9±2,88% [5,47%; 18,34%]	18 14,29±3,11% [7,4%; 21,17%]
Папулы слизистых	51 40,48±4,37% [31,13%; 49,82%]	16 12,7±2,96% [6,11%; 19,29%]	16 12,7±2,96% [6,11%; 19,29%]	19 15,08±3,18% [8,05%; 22,11%]
Широкие кондиломы	19 15,08±3,18% [8,05%; 22,11%]	0 0±0,0002% [-0,78%; 0,78%]	0 0±0,0002% [-0,78%; 0,78%]	19 15,08±3,18% [8,05%; 22,11%]
Полиаденит	70 55,56±4,42% [46,1%; 65,01%]	43 34,13±4,22% [25,07%; 43,18%]	22 17,46±3,38% [10,05%; 24,87%]	5 3,97±1,73% [0%; 8,15%]
Специфическая ангина	71 56,35±4,41% [46,91%; 65,79%]	37 29,37±4,05% [20,63%; 38,1%]	24 19,05±3,49% [11,41%; 26,68%]	10 7,94±2,40% [2,44%; 13,43%]
Алопеция	19 15,08±3,18% [8,05%; 22,11%]	12 9,52±2,61% [3,62%; 15,423%]	7 5,56±2,04% [0,78%; 10,33%]	0 0±0,0002% [0%; 0,78%]
Лейкодерма	33 26,19±3,91% [17,74%; 34,65%]	18 14,29±3,11% [7,4%; 21,17%]	12 9,52±2,61% [3,62%; 15,43%]	3 2,38±1,35% [0%; 5,82%]

